

審 定	
主 文	一、原核定關於重新核定核退申請人於 114 年 9 月 5 日至 6 日住院就醫自付之醫療費用計新臺幣 3,351 元部分申請審議不受理。 二、其餘申請審議駁回。
事 實	一、境外就醫地點：日本醫療法人○小兒科、京都○病院。 二、就醫原因：氣喘性支氣管炎。 三、就醫情形： （一）114 年 9 月 5 日門診。 （二）114 年 9 月 5 日至 6 日住院。 四、醫療費用：折合新臺幣(下同)10 萬 4,661 元(含住院費用 9 萬 6,806 元)。 五、核定內容： （一）114 年 9 月 5 日門診：依健保署公告之「114 年 7、8、9 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限」，門診每次 1,039 元，給付 1 次門診費用 1,039 元，其餘醫療費用不予核退。 （二）114 年 9 月 5 日至 6 日住院：經專業審查，認為門診已做適當的處置，住院非屬不可預期之緊急傷病，不予給付。 六、申請人就未准核退之住院費用部分不服，向本部申請審議。
理 由	一、法令依據 （一）全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款。 （二）全民健康保險法第 55 條第 2 款。 （三）全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項。 （四）本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函。 （五）健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告。 二、本件經綜整本部委請醫療專家審查意見及卷附「MEDICAL CERTIFICATE」、「入院診療計畫書」、「診療情報提供書」、「檢查詳細情報」等就醫相關資料影本顯示，申請人因咳嗽、流鼻水、咳痰、嘔吐、發熱、喘鳴等，於 114 年 9 月 5 日至○小兒科門診，經診斷為氣喘性支氣管炎（Asthmatic bronchitis）等，因出現呼吸困難及 SpO₂ 低下，當日轉至日本京都○病院住院，於 114 年 9 月 6 日出院，健保署原未核退住院費用，查核分述如下： （一）關於醫療費用 3,351 元部分 此部分申請人於 115 年 3 月 9 日(本部收文日)申請審議後，業經健保署重新核定，同意按前揭健保署公告之核退上限，急診每次 3,351 元，補給付 1 次急診費用計 3,351 元，並於 115 年 3 月 26 日以受理號碼○全民健康保險自墊醫療費用核退核定通知書通知申請人，則此部分申請爭議審議標的已不存在。

(二)關於其餘未准核退之住院費用差額9萬3,455元(96,806元-3,351元=93,455元)部分

1. 健保署提具意見

申請人因發熱、喘鳴、咳嗽、流鼻涕自診所轉介至醫院，依入院診療計畫書、退院證明書及檢查報告，114年9月5日抽血數值PCO₂值為38.2mmHg，無呼吸急性狀況，檢視其住院處置(給予氧氣、監測血氧、吸蒸氣等)，可在急診進行。

2. 此部分經本部委請醫療專家審查結果，認為氣喘性支氣管炎予以急診治療，應已足夠因應緊急醫療之所需，同意健保署意見核付1次急診費用，其餘醫療費用不予核退。

三、申請人法定代理人主張申請人(2歲嬰兒)住院當時因呼吸塌陷，在當地診所測出血氧低於90，診所醫生判定其無法有效處置，因此轉診至京都○病院，醫生診斷認定必須住院治療云云，惟所稱核難執為本案之論據，分述如下：

(一) 查全民健康保險係強制性社會保險，雖肩負著保障全體國民健康之使命，惟基於財源之有限性與醫療資源分配正義性，以保險醫事服務機構所提供之適切、合理而有必要之基本醫療照護為前提。我國考量各國生活水準之差異，為維護整體保險對象權益之公平性，乃於全民健康保險法第55條第2款及第56條第2項規定：「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」、「保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」，本部改制前行政院衛生署遂按上開法律授權訂定「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，先予敘明。

(二) 依前開規定，保險對象至非本保險醫療機構就醫，以發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫者，始得申請核退醫療費用，該核退內容自亦以適切、合理而有必要之緊急處置為限，又依本部改制前行政院衛生署91年10月2日衛署健保字第0910060027號函釋意旨，前揭核退辦法並賦予保險人對臺灣地區外之核退案件，依例外從嚴之法理，有審核其醫療是否適當且合理之權限，亦有臺北高等行政法院100年度簡字第767號判決及臺灣士林地方法院107年度簡字第20號行政訴訟判決可資參照。

(三) 本件申請人系爭住院就醫，除經有審核權限之機關健保署審查判斷重新核定補付1次急診費用外，本部復依前開規定，再委請醫療專家就申請人檢附之前開就醫資料專業判斷結果，認為申請人

	之病情予以急診治療應已足夠因應緊急醫療之所需，已如前述，申請人所稱，核有誤解。 四、綜上，原核定關於重新核定核退醫療費用 3,351 元部分，申請爭議審議之標的已不存在，應不予受理；其餘住院費用差額 9 萬 3,455 元部分，健保署未准核退，並無不合，原核定關於此部分應予維持。 據上論結，本件申請為部分不受理，部分無理由，爰依全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款暨第 19 條第 1 項規定，審定如主文。
--	--

中 華 民 國 115 年 5 月 29 日

本件申請人如有不服，得於收受本審定書之次日起 30 日內向衛生福利部(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)提起訴願。

相關法令：

一、全民健康保險爭議事項審議辦法第 18 條第 1 項第 4 款

「權益案件有下列各款情形之一者，應為不受理之審定：四、原核定通知已不存在。」

二、全民健康保險法第 55 條第 2 款

「保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。」

三、全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條第 1 項第 2 款及第 2 項

「保險人審查結果，認應核退醫療費用時，應依下列規定及基準辦理：二、發生於臺灣地區外之案件：由保險人依本保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療日或出院之日前一季本保險支付特約醫院及診所急診每人每次、門診每人每次、住院每人日平均費用基準者，其超過部分，不予給付。」「前項第二款有關核退費用之基準，由保險人每季公告之。」

四、本部改制前行政院衛生署 91 年 10 月 2 日衛署健保字第 0910060027 號函

「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第六條第一項第二款所稱核實給付，僅係考量世界各地醫療水準及制度差異性所為之裁量性規定，依例外從嚴之法理，本保險施行區域外之核退案件，除有核退金額不得高於本保險支付各特約醫學中心各類平均費用之上限外，保險人所依循之審查原則應無

二致，亦即保險人對施行區域外之核退案件，應有審核其是否適當且合理之權限。」

五、健保署 114 年 7 月 31 日健保醫字第 1140663411 號公告

「依據全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 6 條，公告 114 年 7、8、9 月份全民健康保險臺灣地區外自墊醫療費用核退上限：單位：元

項目 年月	門診 (每次)	急診 (每次)	住院 (每日)
114 年 7 月至 114 年 9 月	1,039	3,351	6,828

註：血液透析、論病例計酬案件，其核退上限，依實際接受門診、急診或住院之服務項目上限辦理。」